RADICADO
10:31 AM
T#16

E.S.E Hospital Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal Yo cuidal	**INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN**	**Código:**	APY_GF_002_FOR_022
		Versión:	04
		Vigencia :	29/01/2025
GESTIÓN DE ADQUISICIONES			

DATOS GENERALES	
NÚMERO DE INFORME	**02** APS (María Eugenia Escobar)
FECHA DE ELABORACIÓN	07 SEP 2026
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	**1 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO 2026**
VALOR DEL PERIODO DEL INFORME	**TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (3.450.000)**

DATOS DEL CONTRATO	
CONTRATO	**Prestación de Servicios**
NÚMERO CONTRATO	**239-2026**
CONTRATISTA	**Valentina Giraldo Sánchez**
NRO. DE IDENTIFICACIÓN	**1089097571**
FECHA DE SUSCRIPCION	**01 AGOSTO DE 2026**
OBJETO	Prestar los servicios de salud correspondientes a su profesión (auxiliares de enfermería) y definidos por la resolución 245 del 10 de febrero de 2026 del ministerio de salud y protección social lineamientos nacionales, en el contexto de la estrategia de atención primaria en salud, haciendo parte de los denominados Equipos Básicos en Salud que realizarán las atenciones a la población en su domicilio y en un ambiente individual y comunitario.
VALOR	**TRECE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($13.800.000)**
TERMINO DE EJECUCION	**CUATRO (4 MESES)**
FORMA DE PAGO	**Mensual**
NÚMERO DE CDP Y FECHA	**255**
NÚMERO DE RP Y FECHA	**598 Agosto 2026**
GARANTIA SOLICITADAS	Para el presente caso, teniendo en cuenta la naturaleza del contrato la cuantía del mismo y la forma de pago pactada, no se considera necesario que la contratista, garantice el cumplimiento del contrato a favor de la ese hospital, a través
NÚMERO GARANTIAS	
ENTIDAD QUE LAS EXPIDE	

DATOS DEL CONTRATO	
FECHA DE APROBACION	de una póliza o una garantía bancaria en consideración a que cualquier incumplimiento o deficiencia, en la calidad del servicio puede ser exigida antes de realizar el pago pactado que se consideró mediante acta final previo recibo a satisfacción por parte del supervisor.

CONTROL Y SEGUIMIENTO CONTRACTUAL		
FECHA DE INICIO	**01 DE JULIO DE 2026**	
FECHA DE TERMINACIÓN	**31 DE OCTUBRE DE 2026**	
ADICIÓN	**NUMERO**	NO REGISTRA
	FECHA DEL DOCUMENTO	NO REGISTRA
	VALOR	NO REGISTRA
	NÚMERO DE CDP	NO REGISTRA
	NÚMERO DE RP	NO REGISTRA
	VALOR INICIAL + ADICIÓN	NO REGISTRA
	GARANTÍAS AMPLIADAS	NO REGISTRA
PRORROGA	**NÚMERO**	NO REGISTRA
	FECHA DEL DOCUMENTO	NO REGISTRA
	TERMINO PRORROGADO	NO REGISTRA
	TERMINO DEFINITIVO	NO REGISTRA
	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN	NO REGISTRA
	GARANTÍAS AMPLIADAS	NO REGISTRA
SUSPENSION	**NUMERO**	NO REGISTRA
	FECHA DEL DOCUMENTO	NO REGISTRA
	FECHA DE INICIO	NO REGISTRA
	FECHA DE TERMINACIÓN	NO REGISTRA
	DURACIÓN	NO REGISTRA
REINICIO	**NUMERO**	NO REGISTRA
	FECHA DEL DOCUMENTO	NO REGISTRA
	FECHA DE REINICIO	NO REGISTRA

CONTROL Y SEGUIMIENTO CONTRACTUAL		
	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN	NO REGISTRA
	GARANTÍAS AMPLIADAS	NO REGISTRA

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental	OBSERVACIONES HSPV
1.	Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones en salud.	Informe donde se identifiquen los procesos deteriorantes de la comunidad	Se anexa acta, con registro fotográfico	
2.	Desarrollar las actividades correspondientes a su perfil de acuerdo a la concentración y dispersión de cada micro territorio urbano y rural, siendo concentración alta urbana para 300 hogares y dispersión media rural para 100 hogares.	. Acta de caracterización, visitas no efectivas y disentimientos	Listado visita familiar y acta de caracterización, se encuentra 1 casa no efectiva y no hay disentimientos.	
3.	Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas. Entrega Informe de abordaje en el micro	Acta con la relación de las herramientas comunicativas realizadas del mes de agosto	Acta, registro fotográfico	

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental	OBSERVACIONES HSPV
	territorio que incluya registro fotográfico y listas de asistencia.			
4.	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación.	Formato de personas no afiliadas	No se encuentran personas no afiliadas	
5.	Apoyar la atención para la promoción y apoyo a la lactancia materna.	Se verifica con canalizacion cuantas gestantes y lactantes se tiene por territorio	No se encuentran gestantes ni lactantes durante la caracterización de este mes	

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE GESTIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				
NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental	OBSERVACIONES HSVP
6.	Educación para la salud.	Acta	Acta de las intervenciones educativas en cada hogar con registro fotográfico	

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental	OBSERVACIONES HSPV
7.	Realizar la toma de muestras de laboratorio según protocolos establecidos.	En este periodo no tomaron muestras	Se anexa listado de exámenes	
8.	Ejecutar el proceso de vacunación conforme al esquema nacional y lineamientos técnicos.	Listado de canalización Listado personas vacunadas en la brigada.	No se vacunaron personas en la brigada	
9.	**Apoyar la logística y convocatoria** en talleres, brigadas y actividades comunitarias.	Informe de la Brigada en salud Acta de seguimiento con la comunidad	Informe de brigada hormuana Acta de seguimiento de la vereda el chuzo con registro fotográfico, listado asistencia	
10	**Asistir a las reuniones convocadas por la jefa del equipo básico, la comunidad y la coordinación,** cumpliendo con los compromisos establecidos.	Acta de reunión, listado de asistencia, registro fotográfico Actas de capacitaciones convocadas. Soporte de capacitaciones	Acta de cada reunión citada, listado de asistencia, registro fotográfico Actas de capacitaciones convocadas, con listado de asistencia, registro fotográfico	
11	**Entregar listado mensual donde se evidencie la toma a los niños menores de 5 años de perímetro branquial** según los lineamientos establecidos.	Listado de paciente con registro de medidas, todo niño entre los 6 meses y 5 años deben tener toma de medidas	se visitó 1 niño de 3 años y se entrega toma de medidas	

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental	OBSERVACIONES HSPV
12	. **Hacer entrega semanal de instrumentos y planes de cuidado,** de acuerdo con los lineamientos establecidos	Verificación en Drive APS	Drive APS	
13	**Realizar caracterizaciones de manera manual** y, en el momento que la plataforma del Ministerio entre en servicio, **efectuar la digitación correspondiente**	Formato de caracterización diligenciado	Se entrega ficha Física de caracterizaciones realizadas	
14	Realizar el curso de capacitación en misión médica y en atención primaria en salud.	Certificados Misión médica y APS	Se anexa certificados de aps y misión medica	
15	Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: Familiograma y APGAR familiar	. Listado instrumentos y subrayar los que va a presentar	Se anexa 1 instrumento en los que se participó con el listado.	
16	Realizar el registro de historia clínica en el sistema del hospital paralelo a los reportes en plataformas propias de los equipos básicos de salud. Hospital para tal efecto, aportando captura de pantalla que lo evidencie	No se realiza historia clínica institucional, Listado de los planes de cuidado donde intervino incluyendo los planes de cuidado antiguos con las segundas intervenciones y subrayar los que va presentar.	Se anexa 6 planes cuidado En los que se participó con listado.	

REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD DESARROLLADA	EVIDENCIA Soporte Documental	OBSERVACIONES HSPV
17	Por razones de seguridad y cumplimiento, se establece el uso **obligatorio del chaleco** en todo momento dentro de las instalaciones o zonas de trabajo y teléfono celular con paquete de datos.	Foto con el chaleco, factura del plan de datos	Se anexa registro fotográfico	
18	Portar siempre el carné que lo identifica como integrante del EBS de la ESE Hospital.	Foto con el carnet	Se anexa registro fotográfico	
19	Presentar informe de actividades escrito y cargado en la plataforma destinada por la ESE Hospital para tal efecto, aportando captura de pantalla que lo evidencie.	Formato único de cuenta cobro institucional diligenciado	Se hace entrega de informe	
20.	Participar en las actividades que se programen en el territorio a raíz de las necesidades que surjan en la ejecución de la estrategia	En caso de haberse presentado actividades en fines de semana	No hubo actividad fin de semana	
21.	Seguimiento a gestantes, crónicos, discapacitados	Listado donde se relacionen los seguimientos realizados	Se anexa acta y listado	

RECOMENDACIONES REALIZADAS POR LA ESE HOSPITAL ACERCA DEL DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA		
DESCRIPCIÓN	**ACTIVIDAD DESARROLLADA**	**EVIDENCIA Soporte Documental**

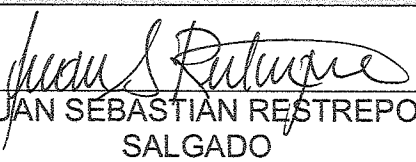
RELACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL				
NUMERO DE PLANILLA	**ITEM**	**PERIODO DE PAGO** *AÑO – MES*	**FECHA DE PAGO** *AÑO – MES – DÍA*	**VALOR PAGADO**
38224772	PENSIÓN	2026- 08	2026-08-21	280.200
	SALUD	2026- 08	2026-08-21	218.900
	RIESGOS PROFESIONALES	2026- 08	2026-08-21	42.700
	CAJA COMPENSACION FAMILIAR	-	-	
	VALOR TOTAL PAGADO			541.800

PARTE CORRESPONDIENTE AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

PAGO	
NUMERO DE FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE	DST0000001518
VALOR FACTURADO (en letras y números)	TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MC/TE(3´450.000).
VALOR AUTORIZADO DE PAGO (en letras y números)	TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MC/TE(3´450.000).
GLOSAS (en letras y números)	CERO (0)
OBSERVACIONES DE LAS GLOSAS	SIN GLOSAS

BALANCE DEL CONTRATO		
VALOR CONTRATO INICIAL:		**$ 13.800.000**
VALOR ADICIÓN:		
VALOR ACTAS ANTERIORES:	$ 3.450.000	
VALOR PRESENTE ACTA:	$ 3.450.000	
SALDO DEL CONTRATO:	$ 10.350.000	
SUMAS IGUALES:	**$ 13.800.000**	**$ 13.800.000**

OBSERVACIONES
Sin observaciones.

	SUPERVISOR	SUPERVISOR
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	JUAN SEBASTIAN RESTREPO SALGADO	

	APOYO A LA SUPERVISIÓN	CONTRATISTA
FIRMA	APS 	
NOMBRE	MARÍA EUGENIA ESCOBAR SALDARRIAGA	VALENTINA GIRALDO SÁNCHEZ